

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CARLOS EDUARDO DE BRITO

**AVALIAÇÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS SOBRE SUPORTE BÁSICO
DE VIDA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO OESTE DO
PARANÁ**

TOLEDO

2021

CARLOS EDUARDO DE BRITO

**AVALIAÇÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS SOBRE SUPORTE BÁSICO
DE VIDA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO OESTE DO
PARANÁ**

Trabalho de curso apresentado ao curso de
Medicina da Universidade Federal do Paraná-
Campus Toledo, como requisito parcial de
obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Dr João Pedro Pontes Camara Filho

TOLEDO
2021

TERMO DE APROVAÇÃO

CARLOS EDUARDO DE BRITO

**AVALIAÇÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS SOBRE SUPORTE BÁSICO
DE VIDA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO OESTE DO
PARANÁ**

TC apresentado ao curso de medicina, da Universidade Federal do Paraná-
Campus Toledo, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em medicina.

Prof(a). Dr(a)./Msc. _____

Orientador(a) – Departamento _____, INSTITUIÇÃO

Prof(a). Dr(a)./Msc. _____

Departamento _____, INSTITUIÇÃO

Prof(a). Dr(a)./Msc. _____

Departamento _____, INSTITUIÇÃO

Cidade, ___ de _____ de 201__.

Dedicatória

Concretizando esse trabalho vejo hoje que ele é um pedaço de uma construção muito maior que no qual não foi realizada somente por minha pessoa. Gostaria de agradecer esse trabalho primeiramente a Deus que nos dá o dom da vida e nós permite momentos como esse.

Em segundo plano agradeço os meus pais por me educarem e me auxiliarem no decorrer da minha formação. Quero agradecer também a minha companheira e namorada Cynthia Karoline Uebel Koelzer sem ela esse trabalho não teria os moldes gráficos e estruturais aqui presentes.

Quero dedicar este trabalho também ao meu orientador Dr João Pedro Pontes Camara Filho cuja dedicação e paciência serviram como pilares de sustentação para a conclusão deste trabalho. Grato por tudo.

Também dedico este projeto a todos os professores que me influenciaram na minha trajetória. Em especial à professora Sonia Mara de Andrade, com quem compartilhei minhas dúvidas e angústias a respeito do tema.

Ao professor Mauricio Bedim pela sua atenção dedicada ao longo de todo o projeto do Artigo.

AGRADECIMENTOS

Deus esteve ao meu lado e me deu força, ânimo e crença para não desistir e continuar lutando por este meu sonho e objetivo de vida. A Ele eu devo minha gratidão.

A esta instituição tão imponente eu agradeço pelo ambiente propício à evolução e crescimento, bem como a todas as pessoas que a tornam assim tão especial para quem a conhece.

Ao longo de todo meu percurso eu tive o privilégio de trabalhar de perto com os melhores professores, educadores, orientadores. Sem eles não seria possível estar aqui hoje de coração repleto de orgulho.

Amigos, família, a vocês eu deixo uma palavra gigante de agradecimento. Hoje sou uma pessoa realizada e feliz porque não estive só nesta longa caminhada. Vocês foram meu apoio.

A quem não mencionei, mas esteve junto eu prometo reconhecer essa proximidade, ajuda e incentivo todos os dias da minha vida.

“Temos na filosofia uma medicina muito agradável, pois, nas outras, sentimos o bem-estar apenas depois da cura; esta faz bem e cura ao mesmo tempo.”

Michel de Montaigne

1 INTRODUÇÃO – 9
2 ARTIGO-12
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS- 24

INTRODUÇÃO

Consultando o dicionário emergência é quando há uma situação crítica ou algo iminente, com ocorrência de perigo; incidente; imprevisto. No âmbito da medicina, é a circunstância que exige uma cirurgia ou intervenção médica de imediato (Oxford Languages, 2020)

Segundo normas do European Resuscitation Council (ERC), relativamente ao suporte básico de vida (SBV) e da American Heart Association (AHA) em relação ao *basic life support* (BLS), representam o estado da arte quanto aos procedimentos a adotar perante uma vítima em parada cardiorrespiratória (PCR). A PCR é um acontecimento súbito, constituindo-se numa das principais causas de morte segundo ministério da saúde.

Esse artigo tem como meta avaliar o nível de conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros de unidades da estratégia de saúde da família, sobre suporte básico de vida, dentro das políticas nacionais de emergências.

Possui como objetivo geral, avaliar médicos e enfermeiros da atenção básica de saúde sobre suporte básico de vida (SBV) no município de Toledo -PR, focando em objetivos específicos como: identificar se profissionais médicos e enfermeiros de unidades de saúde da família (ESF) possuem nível de conhecimento suficiente para realizar procedimentos de emergência (SBV). Além de avaliar, profissionais da atenção básica em reconhecer uma situação de emergência imediatamente. E identificar nas políticas nacionais de saúde as atribuições da Atenção básica para ao atendimento a emergências.

Com esse trabalho busca-se compreender como a produção relacionada às políticas de Emergência repercutem na Atenção Básica (AB), para a gestão e organização desses serviços em âmbito local avaliando os profissionais médicos e enfermeiros sobre atendimentos de emergência voltados ao atendimento do suporte básico de vida. Assim, realizar um impacto social que auxilie a população, avaliando a qualificação dos profissionais junto a situações de emergência e analisando na

teoria o conhecimento dos profissionais da atenção básica e assim demonstrar a importância do preparo na ESF para o atendimento de Emergências, além de ajudar no planejamento estratégico da gestão do município a respeito das educações permanentes e continuadas de saúde para os profissionais da atenção básica.

ARTIGO

O presente estudo foi realizado em formato de artigo conforme deliberação da Comissão de Trabalho de Curso da UFPR – Campus Toledo e realizado para submissão em Revista Brasileira de medicina de família e comunidade com o título: **AVALIAÇÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS SOBRE SUPORTE BÁSICO DE VIDA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO OESTE DO PARANÁ**

AVALIAÇÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS SOBRE SUPORTE BÁSICO DE VIDA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO OESTE DO PARANÁ

Assessment of doctors and nurses about basic life support in basic health care in a municipality in the west of Paraná

Evaluación de doctores y enfermeras sobre apoyo básico a la vida em atención básica de salud em un municipio em el oeste de Paraná.

XXXXXXXXXXXXXXXXXX-XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Resumo

Objetivo: Foram avaliados conhecimentos sobre reanimação cardiopulmonar e Suporte Básico de Vida (SBV) para médicos e enfermeiros que atuam na Estratégia de saúde da família (ESF) do município de Toledo-PR, no período de 2019 a 2020. **Métodos:** Trata-se de um estudo avaliativo descritivo, com amostra aleatória de profissionais do município. Avaliou-se o desempenho teórico em um teste de múltipla escolha sobre Suporte básico de vida (SBV) e parada cardiorrespiratória de acordo com os protocolos de Suporte básico do SAMU e American Heart Association (AHA) **Resultados:** Participaram do estudo 36 profissionais. O nível de conhecimento e habilidades foi considerado regular. A média de acertos na avaliação teórica apresentou resultados regulares. **Conclusão:** Registrou-se um resultado avaliativo regular porem com impacto positivo com a aplicação da avaliação em SBV para os profissionais da atenção primária.

Palavras-chave: Reanimação cardiopulmonar, Estratégia de saúde da família, Suporte básico de vida

Objective: Knowledge about cardiopulmonary resuscitation and Basic Life Support (BLS) was evaluated for doctors and nurses working in the Family Health Strategy (FHS) in the city of Toledo Pr. In the year 2019/2020 **Methods:** It is a experimental evaluative study, with a random sample of professionals from the municipality. Initially, the theoretical performance was evaluated in a multiple-choice test on Basic Life Support (BLS) and cardiorespiratory arrest according to the basic guidelines of SAMU and American Heart Association (AHA) **Results:** 36 professionals participated in the study. The level of knowledge and skills was considered to be fair. The average of correct answers in the theoretical evaluation showed regular results. **Conclusion:** A regular evaluation result was recorded, however, with a positive impact with the application of BLS assessment for primary care professionals.

Keywords: Cardiopulmonary resuscitation, Family health strategy, Basic life support

Objetivo: Se evaluó el conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar y Soporte Vital Básico (SVB) para médicos y enfermeros que laboran en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en la ciudad de Toledo Pr. En el año 2019/2020 **Métodos:** Es un estudio evaluativo experimental, con una muestra aleatoria de profesionales del municipio. Inicialmente, el desempeño teórico fue evaluado en una prueba de opción múltiple sobre Soporte Vital Básico (BLS) y parada cardiorrespiratoria de acuerdo con las guías básicas de SAMU y American Heart Association (AHA) **Resultados:** 36 profesionales participaron en el estudio. El nivel de conocimientos y habilidades se consideró justo. El promedio de aciertos en la evaluación teórica arrojó resultados regulares. **Conclusión:** Sin embargo, se registró un resultado de evaluación regular con un impacto positivo con la aplicación de la evaluación BLS para los profesionales de atención primaria.

Palabras clave: Reanimación cardiopulmonar, Estrategia de salud familiar, Soporte vital básico

Introdução

A atenção primária se diferencia dos outros níveis de especialidades por vários motivos especiais: ser o primeiro ponto de contato com o indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e a organização de todo um nível de atenção (1). Assim, como se constitui o primeiro nível de atenção que no qual organiza toda uma comunicação da promoção de saúde, prevenção e recuperação de saúde. (1)

Com isso, a partir dos estudos levantados (2) e apresentados há uma necessidade de salientar a função de uma ESF no atendimento a casos de emergência, já que, falta entendimento sobre sua real função, o que repercute negativamente podendo causar danos ao paciente.

A necessidade da qualificação de profissionais para o manejo e atendimento de situações de emergência em seus respectivos territórios. Assim, atribuindo e fortalecendo a responsabilidade para os cuidados de emergências para que ocorram em ambiente adequado (2).

Cerca de um terço dos óbitos relacionados a causas definidas no Brasil correspondem a doenças cardiovasculares (3,) ordenado como uma das principais causas de morte da população, o desenrolar dessas situações possuem como resultado final a parada cardiorrespiratória (PCR) juntamente com ausência de pulsos e a perda da consciência.

Reconhecer tais situações e a realização de manobras precoces são primordiais para o aumento da sobrevivência de pacientes. Com isso, torna-se necessário para os profissionais da Saúde a pronta identificação de tais situações, além da adoção de medidas de reanimação, tudo isso, vinculado ao trabalho em equipe, protocolos específicos, aprimoramento e atualizações e treinamentos em RCP (4).

É fato que, há atualização sobre a abordagem a PCR e SBV descritas nas literaturas científicas (5). Entretanto no Brasil ocorrem perdas lastimáveis de vidas humanas pela falta de atendimento oportuno e qualificado, já que, é confirmado que o rápido e adequado atendimento às vítimas, que no qual, normalmente ocorre fora do ambiente hospitalar, define uma maior taxa de sobrevivência (5). Tem-se constatado que os profissionais de Saúde de forma geral possuem dificuldade e certa deficiência no conhecimento teórico e prático em situações de emergência (6). O desconhecimento sobre os principais sinais e

sintomas implicam em atrasos nos atendimentos dos socorristas (7). Com isso é notório que o treinamento desses Profissionais de Saúde pode aumentar as chances da sobrevivência em situações de emergência independentemente do local do atendimento, seja ele intra ou extra hospitalar (8).

O Brasil definiu em 2006 a implementação da Estratégia de saúde da família (ESF) como principal ferramenta de apoio ao atendimento na atenção primária, como ponto de contato preferencial e porta de entrada de uma rede de serviços universal, com responsabilidade para coordenar os cuidados e efetivar a integralidade nas diversas dimensões (9).

A atenção primária funciona como porta de entrada para o sistema de saúde e o aumento do número desses serviços faz com que as equipes de estratégia de saúde da família sejam mais requisitadas para atendimentos e estabilização de pacientes graves. Diante disso, torna-se necessário conhecer se há competência por parte desses profissionais médicos e enfermeiros para a realização dessas técnicas e manobras. (7)

O presente estudo avalia os conhecimentos em SBV para enfermeiros e médicos que atuam na estratégia de saúde da família.

Métodos

Trata-se de um estudo avaliativo descritivo transversal, desenvolvido em unidades da estratégia de saúde da família em Toledo Paraná entre 2019/2020. O estudo conta com a participação dos profissionais de saúde com nível superior (médicos e enfermeiros) selecionados ao acaso a partir da listagem da relação dos médicos e enfermeiros atuantes nas equipes da Atenção básica do município. Para o estudo contamos com cerca de 34 médicos e 34 enfermeiros. Para a seleção dos profissionais, foi feito uso de um programa gerador de números aleatórios, atribuindo-se um número para cada profissional. Para o cálculo amostral, foram utilizados os seguintes parâmetros: nível de significância de 5%, poder do estudo de 80%, taxa de resposta (acertos) inicial de 30% (pois define o maior

número amostral) e diferença na taxa de resposta de 35%. Esse cálculo definiu o número mínimo de profissionais, em um teste uni-caudal. Todos os profissionais - médicos e enfermeiros - efetivamente atuantes em equipes de Saúde da Família há, pelo menos, um mês serão elegíveis para o estudo e, portanto, envolvidos no processo de seleção aleatória.

Assim, foram excluídos profissionais que se recusarem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que se encontravam afastados das suas atividades de trabalho e aqueles que, por situações especiais, apresentavam dificuldades para desempenho das atividades Teóricas (Afastamento devido a gestação, Dificuldades físicas e motoras). Para análise estatística, foram excluídos os profissionais que não corresponderem a todas as etapas do trabalho. Todos os participantes foram informados sobre o trabalho e registraram sua aquiescência em participar do estudo, assinando o TCLE.

Diante do exposto, no primeiro encontro os profissionais foram submetidos a um questionário para avaliar características sociodemográficas, tais como: sexo, idade, tempo de formado, informações sobre pós-graduação e capacitações prévias. Em seguida, os participantes foram submetidos a um teste composto por questões de múltipla escolha, com várias opções de respostas, em que foram avaliados os conhecimentos sobre o atendimento à SBV (Quadro 1). O teste foi elaborado segundo as diretrizes e protocolos do SAMU (10) e recomendações da AHA (11), totalizando dez questões abordando aspectos gerais de um atendimento à SBV, e cada questão respondida corretamente equivale a um ponto no escore geral do respondente.

Utilizou-se o software Excel do Microsoft 365 e IBM SPSS Statistics, versão 20 (SPSS 20).

Quadro 1- Avaliação das habilidades teóricas em atendimento SBV
1-Testou responsividade?
2-Iniciou o atendimento SBV corretamente?
3-Checou o pulso mais indicado?
4-Reconheceu a posição adequada para a compressão?
5-Realizou as compressões de forma adequada?
6-Realizou as ventilações de forma adequada?
7-Sabe o que é e o que compõem o SBV?

Resultados

Ao todo Participaram do presente estudo (Quadro 2) 40 profissionais de saúde, contudo, 4 deles não cumpriam todas as etapas do estudo e, portanto, foram excluídos das análises. A caracterização dos 36 participantes que realizaram o estudo é apresentada na Tabela 1. Houve predomínio de enfermeiros e a maioria dos participantes era do sexo feminino. A média de idade foi de 29,08 anos, enquanto o tempo de trabalho na ESF dos profissionais foi de 15,63 (meses).

Quadro 2- Atividades Desenvolvidas
Semana 1
Acolhimento e apresentação aos participantes
Pré teste Teórico + Perfil e inserção do profissional
Semana 2
Compilação de Acertos

Tabela 1. Características dos participantes da Avaliação em Suporte Básico de Vida Toledo (PR), 2020.		
Variáveis	(n)	(%)
Profissão		
Médicos	15	41,66
Enfermeiros	21	58,33
Gênero		
Masculino	9	25
Feminino	27	75
Idade (anos)		
20 a 30	25	69,44
31 a 40	8	22,22
41a 51	1	2,77
51 a 60	2	5,55
60 anos	0	0
Tempo atuando na ESF (meses)		
Até 6 meses	14	38,88
7 a 12	2	5,55
13 a 24	4	11,11
+24 meses	15	41,66
Possuem residência (médica ou multiprofissional)		
Sim	27	75
Não	9	25
Possuem outra pós-graduação		
Sim	29	80,55

Não	7	19,44
-----	---	-------

A Tabela 2 mostra a nota média dos profissionais que no qual foi de 6 questões, conforme ilustrado na Tabela 2. Os principais equívocos observados se encontraram nas atividades referentes as compressões torácicas, assim como a profundidade e frequência das mesmas, número de ventilações, constituição do SBV e pulsos indicados.

Tabela 2- Desempenho na avaliação de suporte básico de vida para profissionais da ESF, Toledo (Pr) 2020	
Desempenho teórico - Questões Gerais	
Min	
2	
Max	
9	
Média	
6	
Mediana	
5,5	
Desvio padrão	
1,7	

Discussão

O suporte básico de vida é um conjunto de medidas e procedimentos que devem ser tomados até a chegada da equipe de Emergência. Dessa forma, o atendimento de Emergência é inerente à prática profissional de saúde, que no qual, demanda treinamento regulares, tornando necessário a capacitação dos profissionais da atenção primária para a realização de manobras de ressuscitação cardiopulmonar de forma adequada, independentemente do ambiente. (12)

É notório que a falta de conhecimento e treinamento em um atendimento gera a perda da agilidade e organização propiciando a ocorrência de um número maior de falhas, já que, nesse tipo de atendimento, o tempo é um fator importante no atendimento, o que exige um maior preparo técnico do profissional para que possa adotar medidas iniciais de forma adequada reduzindo o número de erros e óbitos. (13)

No presente estudo, registram-se conhecimentos regulares para os profissionais da estratégia de saúde da família. A avaliação demonstra uma situação crítica em relação ao potencial do atendimento de equipes, já que, a demanda no atendimento de vítimas pode resultar em diminuição de sobrevivência de 10% a cada minuto (7). Outro fator que influencia

em um atendimento é a qualidade das manobras realizadas, pois pacientes vítimas de PCR possuem, quando submetidos a manobras de PCR de qualidade, três vezes mais chances de sobreviver. (14)

O desempenho regular e até mesmo insatisfatórios em testes de conhecimento sobre suporte básico de vida já foi identificado em equipes multidisciplinares em hospitais de alta complexidade (15). Estudos realizados com médicos de hospitais gerais do Paraná também revelou desempenho abaixo do esperado, destacando a necessidade de atualizações para os profissionais para o atendimento de situações de emergência (16). Especificamente em relação aos médicos, os resultados de estudos conduzidos na região Norte do Brasil evidenciaram deficiências no conhecimento de médicos atuantes em unidades de atendimento de emergência e os autores destacaram a necessidade de capacitação das equipes de saúde. (17,18)

O presente estudo não realizou análises distintas para as categorias de profissionais avaliados (médicos e enfermeiros), já que, entende-se que ambos devem ser igualmente habilitados para os primeiros socorros. Um estudo conduzido em São Paulo mostrou um bom desempenho após treinamento para estudantes de diversas áreas da saúde, destacando a importância de capacitação conjunta da equipe de saúde (19).

A atual avaliação apontou falhas dos profissionais que trabalham em estratégia de saúde da família em relação ao atendimento de suporte básico de vida especialmente em parada cardiorrespiratória, sobretudo em relação às habilidades de posicionamento correto das mãos, profundidade e frequência das compressões e posicionamento para ventilações. O manuseio do Desfibrilador Externo Automático (DEA) não foi avaliado.

Os resultados do presente estudo causam preocupação, diante da expansão da estratégia de saúde da família em nosso país, pois torna mais provável um evento de parada cardiorrespiratória para esses profissionais. Mesmo com a precariedade do sistema público SUS e a falta de equipamentos, cabe aos profissionais de saúde estar em condições de Atendimento a vítimas de parada cardiorrespiratória (20).

No estudo foi constatado que profissionais que possuem capacitação em suporte básico de vida tiveram resultados melhores, o que nos aponta, a necessidade da capacitação para esses profissionais. Entretanto, não foram investigadas as condições de capacitação prévia, as técnicas utilizadas, a carga horária do treinamento ou o tempo decorrido desde a data dessa avaliação.

É comprovada que uma RCP de qualidade está no seu rápido reconhecimento, início das manobras rapidamente e qualidade das manobras. Entretanto, a falta de capacitação e treinamento retarda a reanimação o que impacta negativamente na sobrevivência dos pacientes (21). Estudos conduzidos em outros países já destacaram a relevância do treinamento de profissionais da atenção básica para assistência imediata à PCR. Ainda existem poucos estudos no Brasil que abordam conhecimentos de profissionais da ESF em relação ao atendimento de situações de emergência, em especial à PCR. (13,15,19)

Com isso, as variáveis inerentes a esse estudo interferem nos resultados. incluímos nela, a retenção de conhecimento de cada profissional e suas habilidades, estados e treinamentos em suporte básico de vida, diferentes locais e diferentes públicos. Por outro lado, destacamos aqui que as habilidades referentes a capacitações podem ser perdidas ao longo do tempo sendo necessário um reforço a esses profissionais.

Em relação a esse estudo devem ser considerados algumas limitações, não houve adesão de todos os profissionais da ESF do município, que Sá dos profissionais abordados. Entretanto, os profissionais que se mantiveram no estudo foram suficientes para assegurar o poder estudo. Porém se, realizado calculo amostral, o abandono desses quatro profissionais pode ter gerado uma situação distante da real. Outro empecilho para o estudo foi a falta de um questionário que contemplasse de forma coerente todo atendimento PCR já que muitas técnicas e Instrumentos não foram citados e avaliados. Além disso a falta de uma avaliação prática no presente estudo nos limitou a uma avaliação meramente teórica dos profissionais podendo não demonstrar de forma fidedigna a realidade. Somado a tudo isso o estudo foi realizado no ano de 2020 ano esse hein que sofremos uma pandemia por covid -19 o que dificultou a obtenção de dados através das avaliações.

Com isso se faz necessário novos estudos que busquem identificar o impacto das capacitações sobre as taxas de mortalidade além de estudos que avaliam os profissionais de forma prática.

Conclusão

As equipes da Estratégia de saúde da família são consideradas portas de entrada do sistema de saúde na atenção primária e muitas vezes os profissionais que trabalham nestas unidades se deparam com situações de emergência sem o devido preparo para atendê-las. A partir dos resultados obtidos com esse estudo sugerimos capacitações e treinamentos frequentes em SBV para que esses profissionais estejam aptos a realizar os principais procedimentos de emergência.

Referências

- 1 STARFIELD, B. – Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2017
- 2 BARROS, Deliba Machado. Demanda de Pronto-Atendimento ao Serviço de Emergência de um Hospital Geral em um Município coberto pela Estratégia de Saúde da Família: o caso de Quissamã. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.
3. Morais DA, Carvalho DV, Correa AR. Parada cardíaca extra-hospitalar: fatores determinantes da sobrevida imediata após manobras de ressuscitação cardiopulmonar. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2014;22(4):562-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3453.2452>
4. Lima SG, Macedo LA, Lima Vidal M, Sá MPBO. Educação Permanente em SBV e SAVC: impacto no conhecimento dos profissionais de enfermagem. Arq. Bras Cardiol. 2009;93(6):630-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2009001200012>
5. Gonzalez MM, Zimmermann S, Oliveira RG, Pilastra TF, Dalla LAP, Araújo S, et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia: Resumo Executivo. Arq. Bras Cardiol. 2013;100(2):105-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20130022>
6. Lyra PF, Cordeiro DEF, Gois ACR, Muniz FN, Leônidas GM, Rodrigues Sobrinho CRM. Programa de Educação em Reanimação Cardiorrespiratória: Ensinando a Salvar Vidas. Rev

Bras Educ Med. 2012;36(4):570-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000600018>

7. Gonzalez MM, Timerman S, Gianotto-Oliveira R, Polastri TF, Canesin MF, Schmidt A et al. I Diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2013;101(2 Suppl 3):1-221. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.2013S006>

8. Boaventura AP, Miyadahira AMK. Programa de capacitação em ressuscitação cardiorrespiratória com uso do desfibrilador externo automático em uma universidade. Rev Gaúch Enferm. 2012;33(1):191-4.

9. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2009;14(3):783-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>

10. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde - SAS Departamento de Atenção Hospitalar às Urgências - DAHU Coordenação Geral da Força Nacional do SUS - CGFNS Ministro da Saúde: Exmo. Sr. Arthur Chioro Brasília/ DF, 2014

DOI: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf

11. Berg RA, Hemphill R, Abella BS, Aufderheide TP, Cave DM, Hazinski MF, et al. Part 5: Adult Basic Life Support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular. Circulation.

2010;122(18Suppl3):S685-

705. DOI: <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.970939>

12. Barbosa MAF, Marra VR, Horta NC, Rodrigues ES. Capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento de parada cardiorrespiratória na atenção primária. Rev APS. 2011;14(2):233-8.

13. Silva AR. Parada cardiorrespiratória em unidades de internação: vivências do enfermeiro [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

14. Meissner TM, Kloppe C, Hanefeld C. Basic life support skills of high school students before and after cardiopulmonary resuscitation training: a longitudinal investigation. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2012; 20:31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1757-7241-20-31>

15. Veiga VC, Carvalho JC, Amaya LEC, Almeida Gentile JK, Rojas SSO. Atuação do Time de Resposta Rápida no processo educativo de atendimento da parada cardiorrespiratória. Rev Bras Clin Med. 2013;11(3):258-62.

16. Knopfholz J, Lima Júnior E, Ribeiro APF, Boros GAB, Claviço J, Teider LD, et al. Manuseio de emergências cardiológicas em hospitais gerais do estado do Paraná. *Rev Bras Clin Med*. 2012;10(6):499-502.
17. Duarte RN, Fonseca AJ. Diagnóstico e tratamento de parada cardiorrespiratória: avaliação do conhecimento teórico de médicos em hospital geral. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010;22(2):153-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-007X2010000200009>
18. Ferreira JVB, Ferreira SMB, Casseb GB. Perfil e Conhecimento Teórico de Médicos e Enfermeiros em Parada Cardiorrespiratória, município de Rio Branco, AC. *Rev Bras Cardiol*. 2012;25(6):464-70.
19. Kawakame PMG, Miyadahira AMK. Avaliação do processo ensino-aprendizagem de estudantes da área da saúde: manobras de ressuscitação cardiopulmonar. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(4):657-64.
20. Dixe MACR, Gomes JCR. Conhecimento da população portuguesa sobre Suporte Básico de Vida e disponibilidade para realizar formação. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(4):640-9.
21. Sasson C, Rogers MA, Dahl J, Kellermann AL. Predictors of survival from out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2010;3(1):63-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1161/>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo AHA O Suporte Básico de Vida (SBV) é um protocolo de atendimento no qual se estabelecem o reconhecimento e a realização das manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) com o objetivo de manter a vítima de parada cardiorrespiratória (PCR) viva até a chegada de uma unidade de transporte especializada.

A parada cardiorrespiratória é tida como uma situação súbita e inesperada, tendo como características, a parada dos batimentos cardíacos de forma eficaz, inconsciência, ausência de respostas a estímulos, apneia e ausência de pulso palpável, sendo assim, o coração não exercerá sua função como “bomba”, resultando em alterações em sua atividade mecânica e elétrica, diminuindo o débito cardíaco (DC), que incluirá em variações nas ondas de excitação elétrica através do miocárdio, resultando em alterações dinâmicas no volume e pressão de sangue nas câmaras cardíacas. (SILVA; ALMEIDA, 2013)

O suporte básico de vida exige que as equipes sejam altamente qualificadas, pois a PCR requer ações imediatas, integradas e eficazes havendo melhor eficácia das manobras de RCP quando forem realizadas por uma equipe, do que por um único membro da mesma.

Inúmeras pessoas morrem sem receber atendimento e pela demora do socorro ou pela inabilidade das pessoas que presenciam o acidente e/ou não apresentam reação, até mesmo atrapalhando aquelas que conhecem os procedimentos a serem aplicadas, em contrapartida outras pessoas apresentam iniciativa de prestar os primeiros atendimentos a vítima e transportar em veículo próprio e não aguarda um socorro adequado, às vezes pela demora do Serviço Médico de Emergência ou por despreparo, só que essa reação pode causar sequelas e levar à vítima a morte. (LIMA et. al. 2015)

É de fundamental importância destacar os aspectos relativos à necessidade de constante capacitação, treinamento, educação permanente em serviço para os profissionais, a fim de prestar assistência rápida e de qualidade.

O presente artigo não pretende julgar ou diminuir os profissionais de saúde, sejam eles médicos ou enfermeiros da atenção básica do município de Toledo Pr. Mas sim apontar deficiências no atendimento voltado a situações de emergências que no qual muitos desses profissionais se deparam no seu dia a dia.

O trabalho desenvolvido com esse artigo mostra o quão difícil pode ser a rotina de um profissional de saúde, que no qual, na maioria das vezes se depara com um ambiente de trabalho inadequado para essa modalidade de atendimento. Volto aqui a salientar que o presente estudo avaliou somente uma parte de todos os protocolos ativos atualmente sobre SBV, limitando-se a avaliar os profissionais de forma teórica excluindo desse trabalho uma avaliação prática que no qual pode possuir resultado muito diferente do apresentado no artigo. Outro ponto a ser questionado é a capacitação prévia dos profissionais, que no qual, interferiu diretamente no resultado do presente estudo, já que, muitos dos profissionais não realizaram uma capacitação recente sobre o assunto avaliado. Como o presente artigo demonstra, se faz necessários políticas públicas educacionais por parte da secretaria de saúde do município de Toledo Pr voltado a capacitação anual desses profissionais para que possam estar capacitados e seguros para realizar um atendimento de qualidade a população como já ocorre em outras modalidades de atendimento.

REFERÊNCIAS

BARROS, Deliba Machado. Demanda de Pronto-Atendimento ao Serviço de Emergência de um Hospital Geral em um Município coberto pela Estratégia dessaúde da Família: o caso de Quissamã. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

SILVA, A. S.; ALMEIDA. O. S. Suporte Avançado de Vida e as novas diretrizes da American Heart Association 2010: um levantamento bibliográfico. Rev.Saúde. Com, **Vitória** da Conquista- BA, v. 9 n.1, 2013.

CASTRO, Ana Luísa Barros de. A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

GERVAS, Juan; FERNANDEZ, Mercedes Pérez. Atencional Primaria flerte: fundamento clínico, epidemiológico y social em lós países desarrollados y em desarrollo. Rev. bras. epidêmico., São Paulo, v. 9, n. 3, set. 2012.

STARFIELD, B. – Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2017

SOARES, Estefânia Santos. O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas.2013. 53 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, São Paulo e Rio de Janeiro, 2013. Cap. 1.

Gonzalez, MM, Timerman S, Oliveira RG, Polastri TF, Dallan LAP, Araújo S, et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia: Resumo Executivo. Arq Bras Cardiol. 2013;100(2):

Duarte RN, Fonseca AJ. Diagnóstico e tratamento de parada cardiorrespiratória: avaliação do conhecimento teórico de médicos em hospital geral. Rev Bras Ter Intensiva. 2010;22(2):153-8

LIMA. C. A. et. al. Suporte avançado de vida na parada cardiorrespiratória: aspectos teóricos e assistenciais. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 13, n. 1, p. 653-663, 2015.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1863, de 29/09/2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília-DF, 2003

Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília-DF, 2006.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.1020, de 13/05/2009. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília-DF, 2009.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1600, de 07/07/2011. Reformula a política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF, 2011g.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.1601, de 07/07/2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília-DF, 2011c.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.1654, de 19/07/2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQAB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB,

denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável, Brasília, 2011k.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasil, 2011a.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2338, de 03/10/2011. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências, Brasília-DF, 2011h.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2488, de 03/10/2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília-DF, 2011i.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2648, de 07/11/2011. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília-DF, 2011d.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2820, de 28/11/2011. Dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, Brasília-DF, 2011e.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2821, de 28/11/2011. Dispõe sobre incentivo financeiro de custeio para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências

Morais DA, Carvalho DV, Correa AR. Parada cardíaca extra-hospitalar: fatores determinantes da sobrevida imediata após manobras de ressuscitação cardiopulmonar. Rev Latino-Am Enfermagem. 2014;22(4):562-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3453.2452>

Lima SG, Macedo LA, Lima Vidal M, Sá MPBO. Educação Permanente em SBV e SAVC: impacto no conhecimento dos profissionais de enfermagem. Arq Bras Cardiol. 2009;93(6):630-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2009001200012>

Gonzalez MM, Timerman S, Oliveira RG, Polastri TF, Dallan LAP, Araújo S, et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia: Resumo Executivo. Arq Bras Cardiol. 2013;100(2):105-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20130022>

Lyra PF, Cordeiro DEF, Gois ACR, Muniz FN, Leônidas GM, Rodrigues Sobrinho CRM. Programa de Educação em Reanimação Cardiorrespiratória: Ensinando a Salvar Vidas. Rev Bras Educ Med. 2012;36(4):570-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000600018>

Gonzalez MM, Timerman S, Gianotto-Oliveira R, Polastri TF, Canesin MF, Schimidt A et al. I Diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2013;101(2 Suppl 3):1-221. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.2013S006>

Boaventura AP, Miyadahira AMK. Programa de capacitação em ressuscitação cardiorrespiratória com uso do desfibrilador externo automático em uma universidade. Rev Gaúch Enferm. 2012;33(1):191-4.

Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2009;14(3):783-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>

Berg RA, Hemphill R, Abella BS, Aufderheide TP, Cave DM, Hazinski MF, et al. Part 5: Adult Basic Life Support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular. Circulation.

2010;122(18Suppl3):S685-705.DOI:<http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.970939>

Barbosa MAF, Marra VR, Horta NC, Rodrigues ES. Capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento de parada cardiorrespiratória na atenção primária. *Rev APS*. 2011;14(2):233-8.

Silva AR. Parada cardiorrespiratória em unidades de internação: vivências do enfermeiro [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Meissner TM, Kloppe C, Hanefeld C. Basic life support skills of high school students before and after cardiopulmonary resuscitation training: a longitudinal investigation. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2012; 20:31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1757-7241-20-31>

Veiga VC, Carvalho JC, Amaya LEC, Almeida Gentile JK, Rojas SSO. Atuação do Time de Resposta Rápida no processo educativo de atendimento da parada cardiorrespiratória. *Rev Bras Clin Med*. 2013;11(3):258-62.

Knopfholz J, Lima Júnior E, Ribeiro APF, Boros GAB, Claviço J, Teider LD, et al. Manuseio de emergências cardiológicas em hospitais gerais do estado do Paraná. *Rev Bras Clin Med*. 2012;10(6):499-502.

Duarte RN, Fonseca AJ. Diagnóstico e tratamento de parada cardiorrespiratória: avaliação do conhecimento teórico de médicos em hospital geral. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010;22(2):153-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-007X2010000200009>

Ferreira JVB, Ferreira SMB, Casseb GB. Perfil e Conhecimento Teórico de Médicos e Enfermeiros em Parada Cardiorrespiratória, município de Rio Branco, AC. *Rev Bras Cardiol*. 2012;25(6):464-70.

Kawakame PMG, Miyadahira AMK. Avaliação do processo ensino-aprendizagem de estudantes da área da saúde: manobras de ressuscitação cardiopulmonar. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(4):657-64.

Dixe MACR, Gomes JCR. Conhecimento da população portuguesa sobre Suporte Básico de Vida e disponibilidade para realizar formação. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(4):640-9.

Sasson C, Rogers MA, Dahl J, Kellermann AL. Predictors of survival from out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2010;3(1):63-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1161/>

Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde - SAS Departamento de Atenção Hospitalar às Urgências - DAHU Coordenação Geral da Força Nacional do SUS - CGFNS
Ministro da Saúde: Exmo. Sr. Arthur Chioro Brasília/ DF, 2014

DOI: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Joao Pedro Pontes Camara Filho e Carlos Eduardo de Brito – da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o senhor [a], profissional de saúde, a participar de um estudo intitulado: “AVALIAÇÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS SOBRE SUPORTE BÁSICO DE VIDA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO OESTE DO PARANÁ”. A pesquisa tem como a) objetivo avaliar médicos e enfermeiros da atenção básica de saúde sobre suporte básico de vida (SBV) no município de Toledo Pr.

b) Caso o senhor [a] participe da pesquisa, será necessário realizar o preenchimento de dois questionários autoaplicáveis – o questionário sociodemográfico e avaliados os conhecimentos sobre o atendimento à SBV, segundo protocolos do SAMU e AHA (american heart association) versão validada para português.

c) O preenchimento dos questionários levará aproximadamente 30 minutos.

d) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser o constrangimento e desconforto durante a realização dos questionários, principalmente para responder algumas questões que envolvem dados socioeconômicos, sobre seu trabalho

e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são conhecer dados em relação à conhecimentos sobre o atendimento à SBV e propor um autoconhecimento durante a realização dos questionários.

f) Os pesquisadores, Joao Pedro Pontes Camara Filho e Carlos Eduardo de Brito, responsáveis por este estudo, poderão ser localizados na Universidade Federal do Paraná – Campus Toledo-PR, Rodovia PR 182, S/N, Km 320/321, e (45) 33248251 e (45)998508483 e carlinhosbrito09@gmail.com e joao.filho@ufpr.br no horário das 8 às 17 horas, para esclarecer eventuais dúvidas que o senhor [a] possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

g) A sua participação neste estudo é voluntária e se o senhor [a] não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica]
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica]
Orientador [rubrica]

h) as informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas – os pesquisadores Joao Pedro Pontes Camara Filho e Carlos Eduardo de Brito. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**

i) O material obtido dos questionários será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado em trituradora de papel ao término do estudo, dentro de 12 meses.

j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa relacionadas a transporte e impressão de questionários não são de sua responsabilidade e o senhor[a] não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

l) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

[Local, ____ de _____ de ____]

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

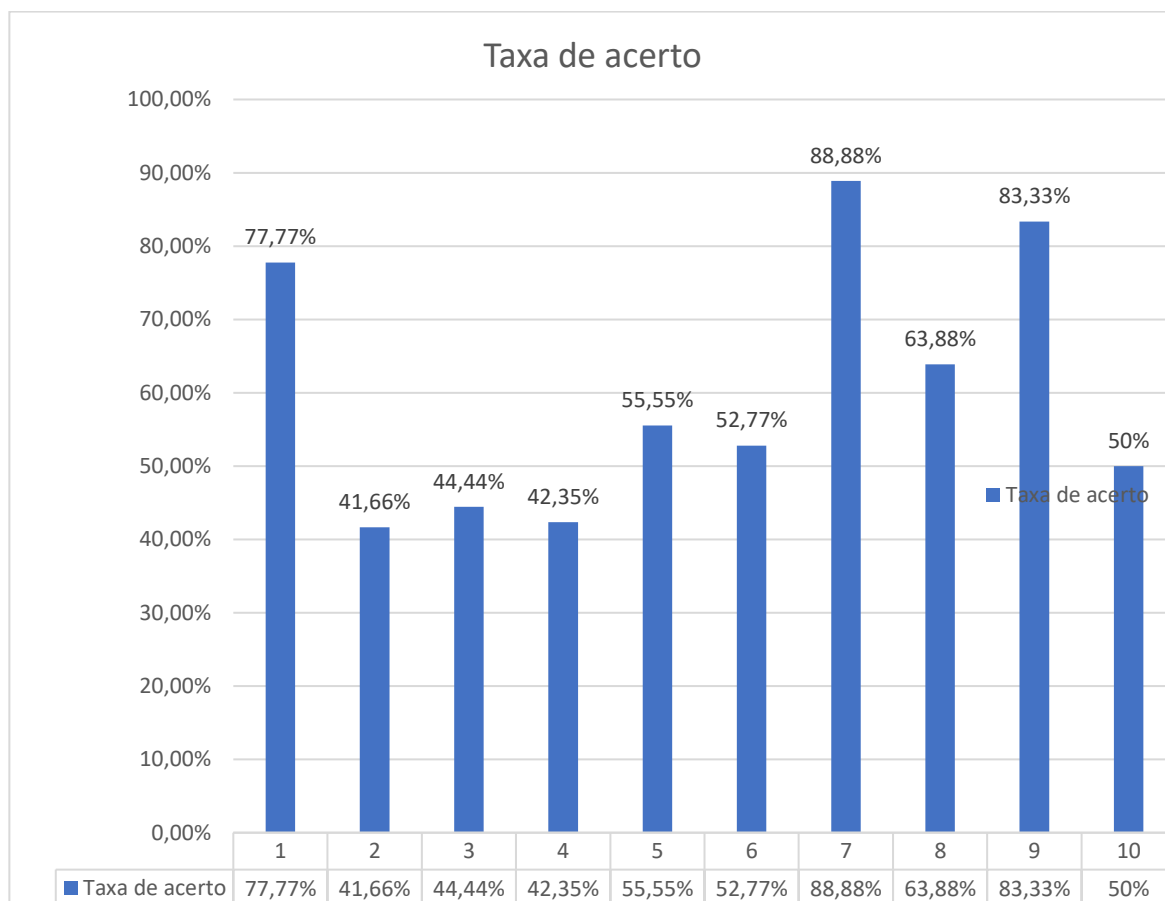
[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

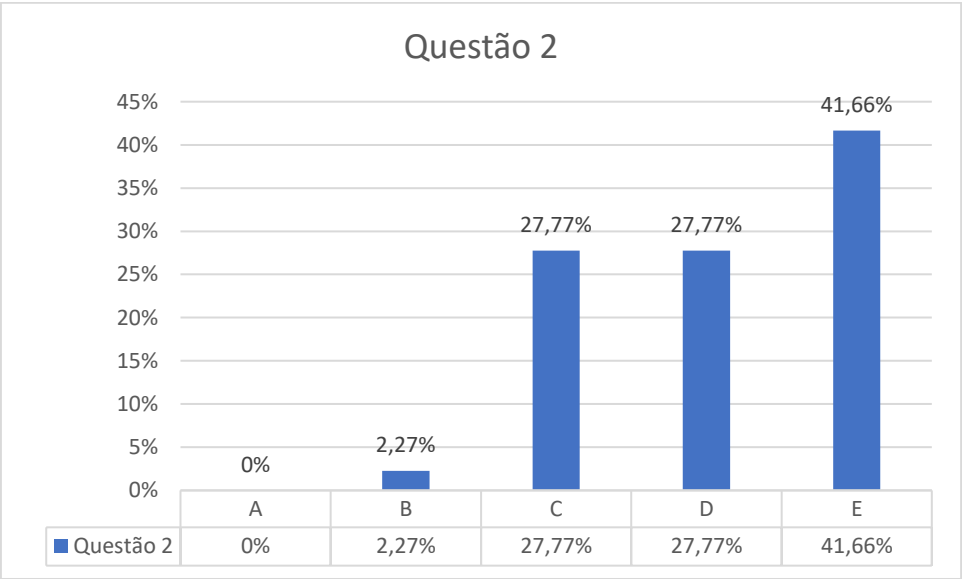
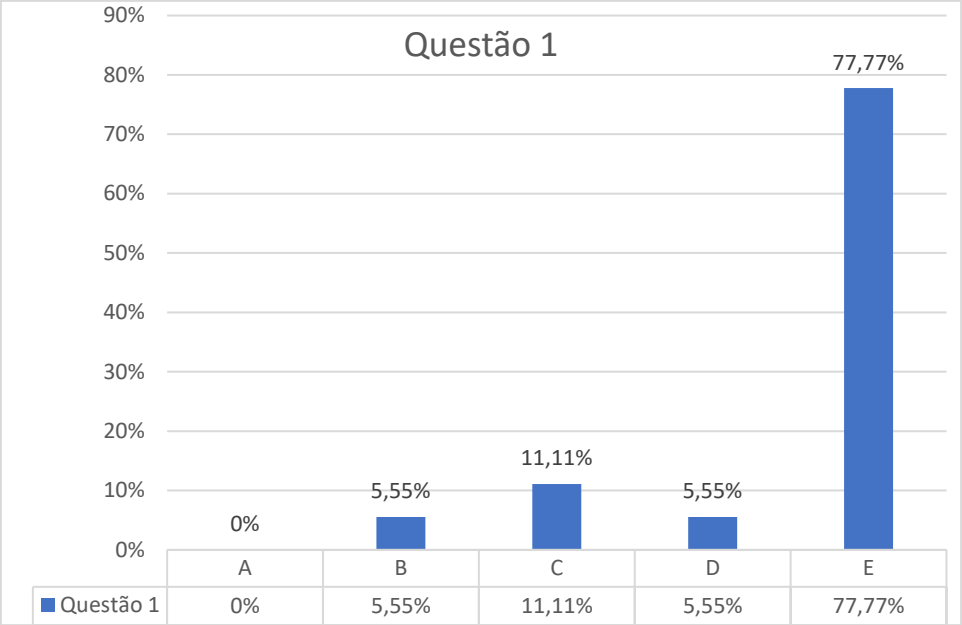
Tabela 1. Características dos participantes da Avaliação em Suporte Básico de Vida; Toledo (PR), 2020.		
Variáveis	(n)	(%)
Profissão		
Médicos	15	41,66
Enfermeiros	21	58,33
Gênero		
Masculino	9	25
Feminino	27	75
Idade (anos)		
20 a 30	25	69,44
31 a 40	8	22,22
41 a 51	1	2,77
51 a 60	2	5,55
60 anos	0	0
Tempo atuando na ESF (meses)		
Até 6 meses	14	38,88
7 a 12	2	5,55
13 a 24	4	11,11
+24 meses	15	41,66
Possuem residência (médica ou multiprofissional)		
Sim	27	75
Não	9	25
Possuem outra pós-graduação		
Sim	29	80,55
Não	7	19,44

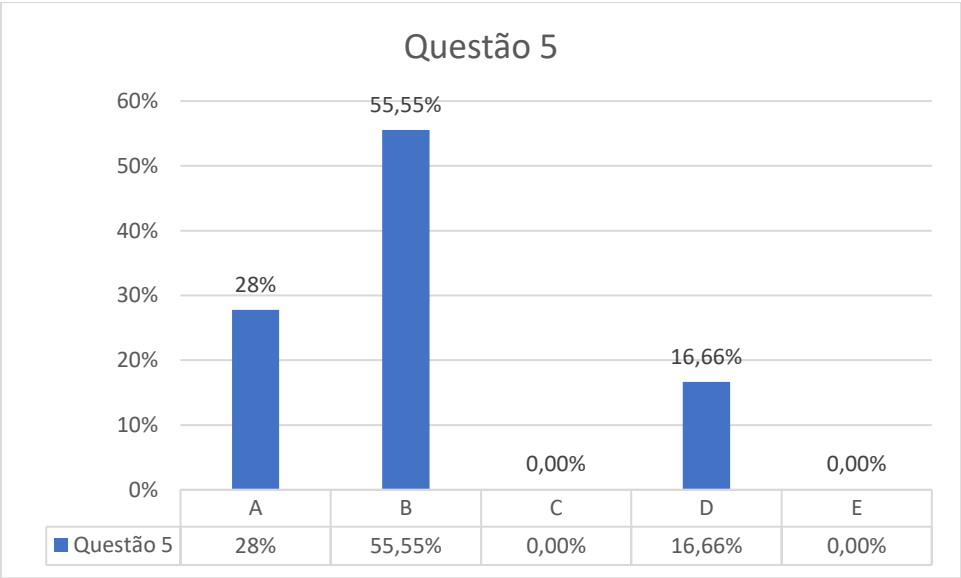
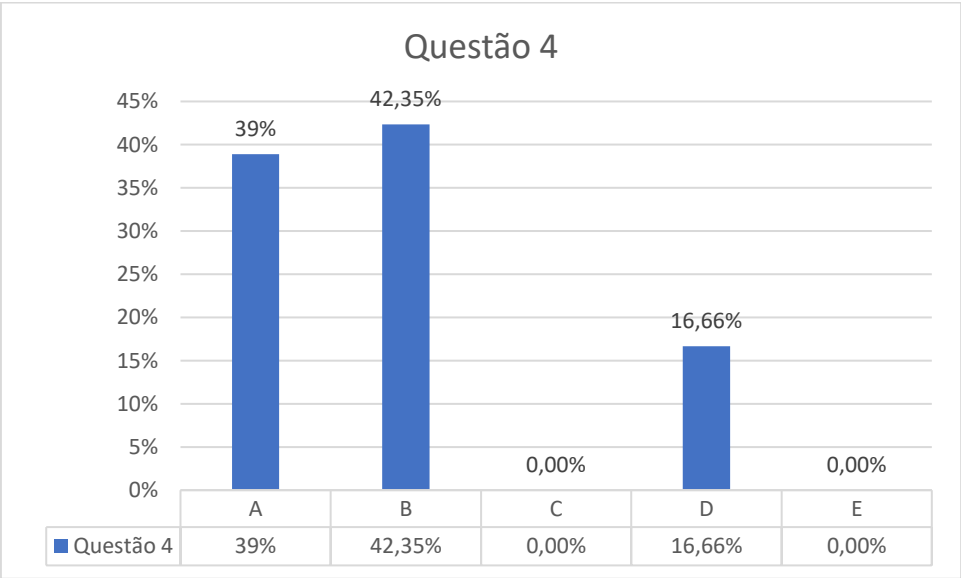
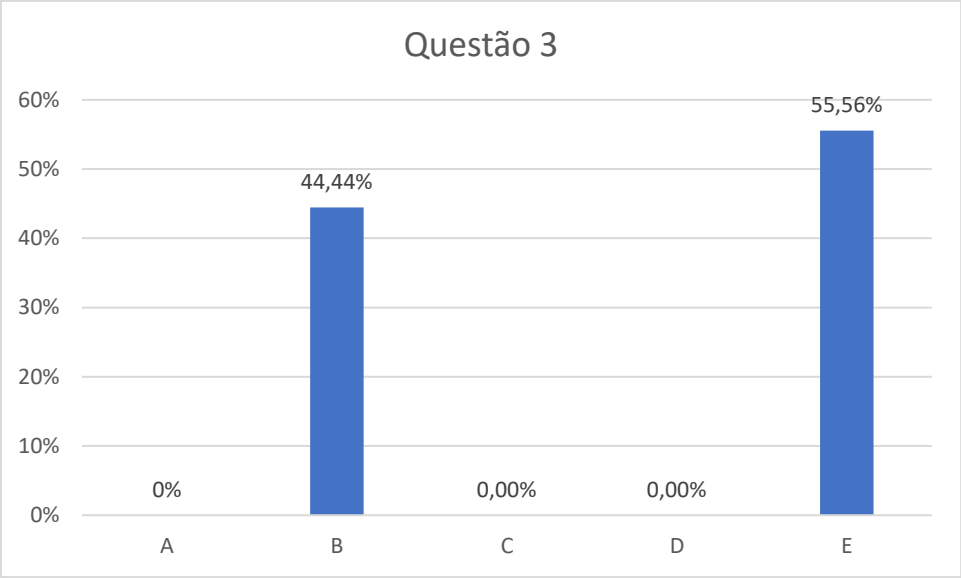
Tabela 2- Desempenho na avaliação de suporte básico de vida para profissionais da ESF, Toledo (Pr), 2020	
Desempenho teórico - Questões Gerais	
Min	
2	
Max	
9	
Média	
6	
Mediana	
5,5	
Desvio padrão	
1,7	

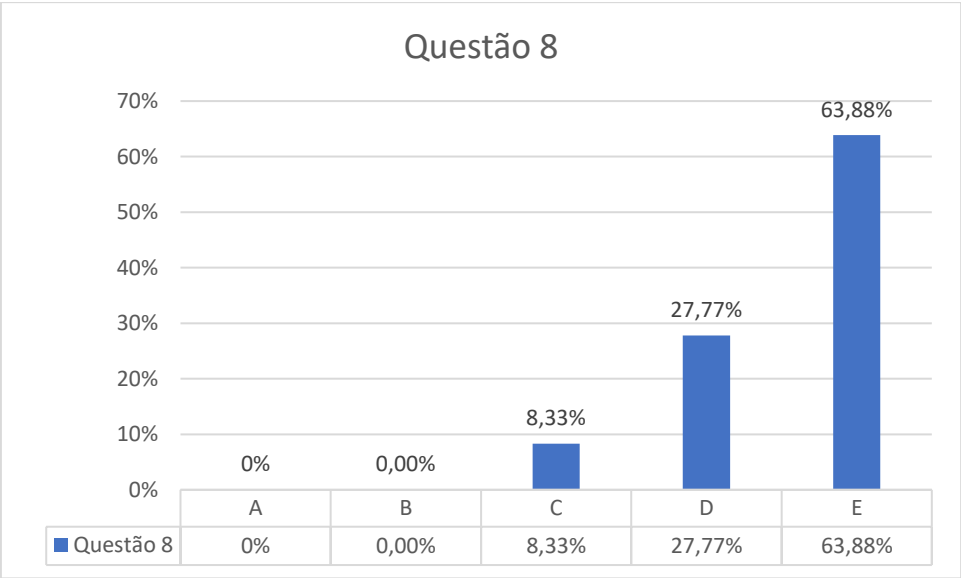
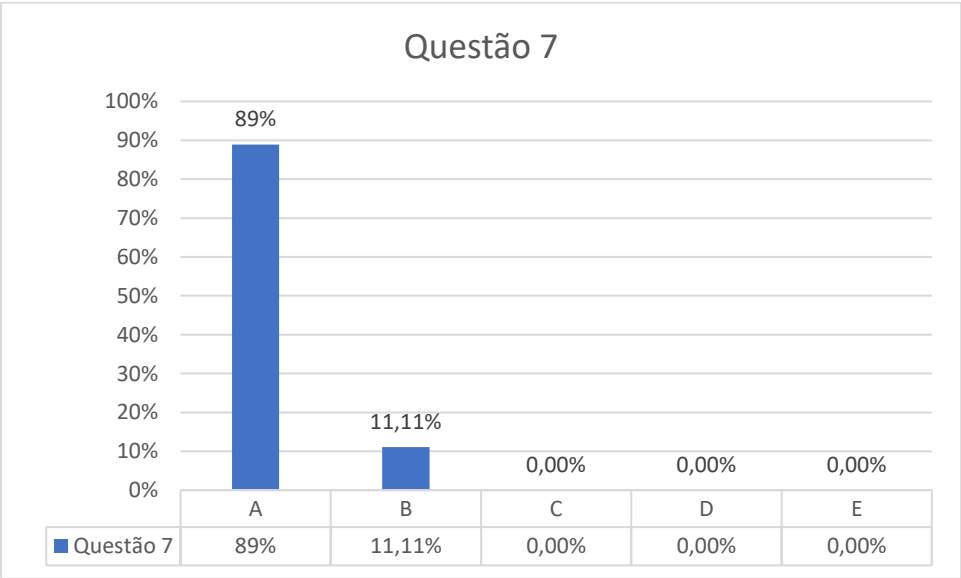
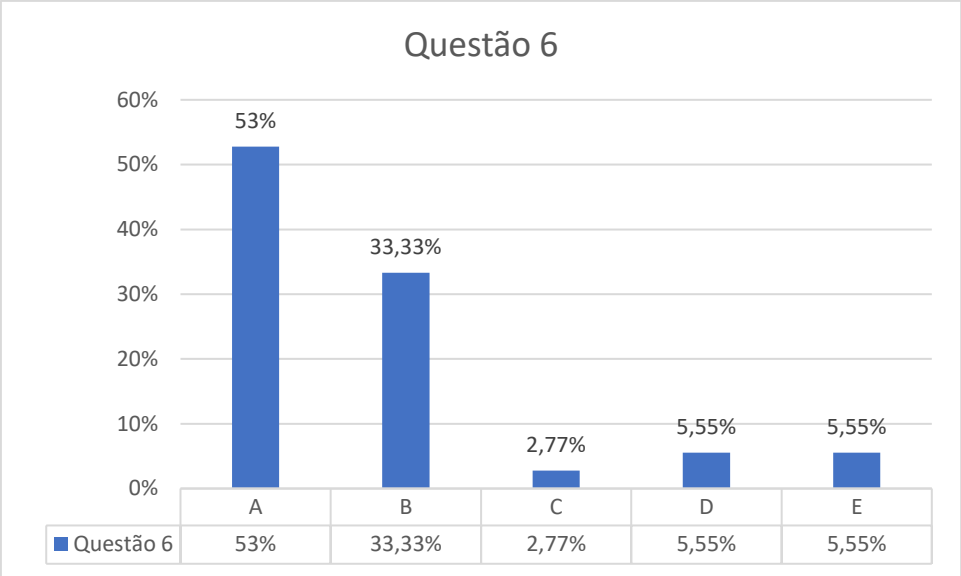
Questões	Taxa de acerto
1	77,77%
2	41,66%
3	44,44%
4	42,35%
5	55,55%
6	52,77%
7	88,88%
8	63,88%
9	83,33%
10	50%
Média	60%

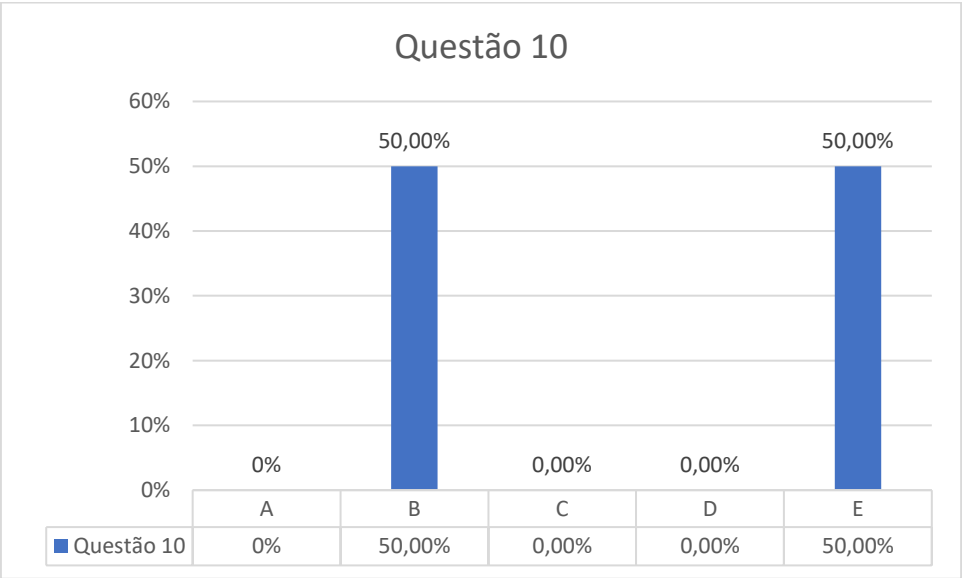
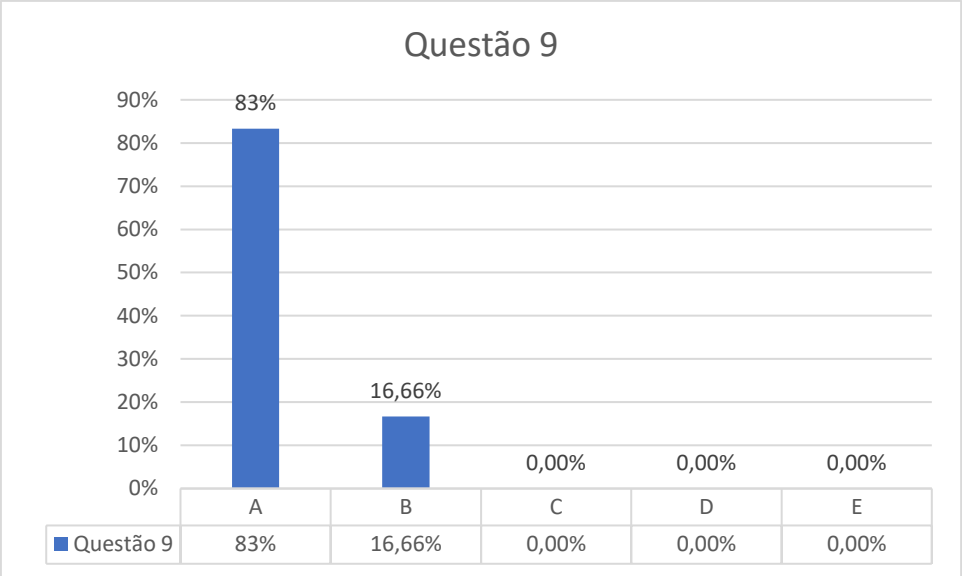
Taxa de acerto questões 1 a 10 de médicos e enfermeiros sobre suporte básico de vida (SBV) 2019 Toledo Pr.











ANEXO 1 – CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- O manuscrito atende ao foco e escopo da RBMFC.
- O manuscrito não foi publicado, nem se encontra em análise para publicação em qualquer periódico avaliador por pares.
- O manuscrito foi preparado de acordo com a política de seção correspondente.
- Os autores concordam com a declaração de direito autoral (na página Submissões, logo acima de política de privacidade).
- Para preenchimento do formulário de submissão, a pessoa que realiza a submissão dispõe de todos os dados sobre cada um dos autores: nome completo, ORCID iD, URL do currículo Lattes (brasileiros), instituição/afiliação, declaração de conflitos de interesse e breve biografia profissional.
- Todas as pessoas listadas como autoras atendem aos critérios de autoria, e todas as pessoas atendendo aos quatro critérios de autoria estão listadas como autoras.
- Todas as pessoas que atendam a um ou mais critérios de autoria tiveram sua contribuição descrita em uma declaração a ser submetida como documento suplementar, como descrito em Preparo do manuscrito.
- O documento de aprovação do comitê de ética em pesquisa (ou equivalente se fora do Brasil) está pronto para ser enviado como documento suplementar; ou o manuscrito não relata pesquisas com seres humanos.
- Autores possuem consentimento por escrito assinado pelos participantes da pesquisa ou seus responsáveis; ou o manuscrito não relata pesquisa com sujeitos humanos; ou um comitê de ética em pesquisa isentou os pesquisadores de obter consentimento por escrito.
- Os autores possuem consentimento por escrito assinado pelo paciente ou seu responsável, autorizando a publicação do caso clínico; ou o manuscrito não relata um caso clínico.
- Os métodos do manuscrito possuem plano de compartilhamento de dados, conforme descrito em Dados Abertos e Reprodutibilidade; ou o manuscrito não relata pesquisa empírica.
- Os métodos do manuscrito atestam o uso de dados de compartilhamento de acordo com quaisquer termos acordados no recebimento dos dados, conforme descrito em Dados Abertos e Reprodutibilidade; ou o manuscrito não relata uma análise secundária de dados de compartilhamento de pesquisa empírica.
- O manuscrito foi redigido conforme as diretrizes e extensões relevantes da *Rede EQUATOR*, conforme descrito em Dados abertos e reprodutibilidade; ou não se aplica.
- A pesquisa foi incluída em um registro público antes de inscrever seu primeiro participante, conforme descrito em Dados Abertos e Reprodutibilidade; ou o manuscrito não relata um ensaio clínico.
- O manuscrito atende às diretrizes aos autores.

- Os métodos do manuscrito descrevem se é como pacientes e comunidade participaram do estudo; ou o manuscrito não relata pesquisa empírica.

ARTIGOS DE PESQUISA

Esta seção inclui pesquisa original, ensaios e revisões. A pesquisa original pode usar métodos quantitativos, qualitativos ou mistos; os ensaios podem ser teóricos ou metodológicos; e as revisões podem ser sistemáticas, de escopo ou integrativas.

O resumo deve ter até 400 palavras, e ser estruturado em Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. O texto principal deve ser redigido de forma objetiva, com um tamanho recomendado de até 3,5 mil palavras, e ser estruturado em Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e (opcionalmente) Conclusão. A discussão deve contemplar as seguintes questões: (1) resumo dos principais achados; (2) fortalezas e limitações; (3) comparação com a literatura; e (4) implicações para pesquisa e/ou prática profissional. A estrutura do resumo e do texto principal pode ser adaptada seguindo diretriz da *EQUATOR Network* (ver Dados abertos e reprodutibilidade) ou mediante justificativa, apresentada em comentário ao editor durante o preenchimento do formulário de submissão. Ensaios têm maior flexibilidade na estrutura do texto principal, mas devem trazer análises robustas e mensagens claras.

Manuscritos submetidos a esta seção devem atender às políticas sobre Ética em pesquisa e Dados abertos e reprodutibilidade.

Preparo do manuscrito

A RBMFC aceita manuscritos em português, espanhol ou inglês, nos formatos ODT, DOC ou DOCX. Para facilitar a revisão por pares, recomendamos que as linhas e páginas sejam numeradas. Sugerimos página em formato A4, com margens superior e inferior de 1,25 cm, esquerda de 3 cm e direita de 2 cm; parágrafos com entrelinhas de 1,5 linha; e fonte Arial, tamanho 12.

Os manuscritos devem ser preparados segundo as recomendações do ICMJE. Devido à revisão por pares duplo-cega, a folha de rosto deve ser substituída por um documento suplementar chamado “Declarações”, contendo:

- Colaboradores: Informar de que forma cada autor ou colaborador atende aos critérios de autoria. Por exemplo, “Concepção e/ou delineamento do estudo: FT, CS. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: FT, BT, CS. Redação preliminar: FT. Revisão crítica da versão preliminar: BT, CS, José Vitória. Todos

os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.” sendo FT, CS e BT os acrônimos do nome dos autores. Alternativamente, os autores e colaboradores poderão utilizar a Taxonomia das Funções do Colaborador (CRediT) para expressar a contribuição de cada autor ou colaborador.

- Conflitos de interesse: Para cada colaborador, informar quaisquer relações ou atividades que possam enviesar ou serem vistos como enviesando o trabalho, de acordo com a política de conflitos de interesse.
- Agradecimentos: Outros agradecimentos devidos.

O manuscrito propriamente dito deve trazer os seguintes elementos:

- Título nos três idiomas. Não há um limite rígido para o tamanho do título, mas ele deve ser sucinto, chamativo e representativo do conteúdo do manuscrito.
- Título corrido no idioma do manuscrito, com menos de 40 caracteres (contando o espaço).
- Resumo e palavras-chave nos três idiomas. A Política de Seção especifica o tamanho, formato e conteúdo dos resumos. As palavras-chave devem ser entre 3 e 5, e devem necessariamente constar nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A ferramenta *MeSH on Demand* ajuda a escolher palavras-chave, embora não tenha palavras-chave existentes apenas nos DeCS. O corpo editorial da RBMFC se reserva o direito de ajustar as palavras-chave.
- O corpo do manuscrito deve ser redigido de forma clara e concisa, respeitando as Políticas de Seção. O corpo do texto não deve repetir todos os dados contidos em tabelas e outras ilustrações, assim como gráficos não devem repetir dados contidos em tabelas ou vice-versa. Notas de rodapé são proibidas.
- O título das tabelas e figuras deve ser inserido ao longo do manuscrito principal, em seguida ao primeiro parágrafo citando a tabela ou figura. Tabelas e figuras de formato vetorial (gráficos, mapas etc.) devem ser inseridas junto ao título em seu formato original, e não como capturas de telas (“*prints*”). Figuras em formato raster (“*bitmap*”), como fotografias, devem ser anexadas como documentos suplementares, preferencialmente em formato TIFF com resolução de 300 dpi ou mais.
- Referências seguindo o estilo Vancouver, conforme os exemplos nesta página e os detalhes neste livro eletrônico da *National Library of Medicine* (EUA). O *digital object identifier* (DOI; exemplo: “[https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1505](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1505)”) deverá ser listado ao fim de cada referência, quando disponível. O endereço na Internet (URL, de *uniform resource locator*) deve ser informado (conforme especificado no guia) para recursos eletrônicos que não tenham DOI, ISSN ou ISBN.

O manuscrito deve ser redigido de acordo com a política de Dados Abertos e Reprodutibilidade (recomendações da Rede EQUATOR, plano de compartilhamento de dados, citação de dados etc.).

Conforme descrito no editorial “Pesquisar para quê?”, manuscritos de pesquisa empírica deverão descrever se e de que forma pacientes e comunidade participaram do planejamento e/ou delineamento da pesquisa.

No caso de pesquisas com financiamento externo, os autores devem informar nos Métodos o papel do financiador no delineamento da pesquisa, na coleta e análise de dados, na decisão de publicar e na escolha da revista, conforme recomendado pelo CSE e pelo ICMJE.

Abreviaturas e acrônimos devem ser restritos àqueles amplamente conhecidos; e devem ser expandidos em sua primeira ocorrência; e devem ser evitados nos títulos. Não é necessário nomear por extenso as abreviaturas do Sistema Internacional de Unidades e outras consagradas em outros sistemas técnicos, como *sp* ou *spp* na nomenclatura binomial das espécies. Unidades de medidas para exames de laboratório que não sigam o Sistema Internacional de Unidades devem vir acompanhadas da respectiva conversão; por exemplo, “uma glicemia de 126 mg/dL (7,0 mmol/L)”.

Tabelas (numéricas ou textuais) e figuras (gráficos, mapas, fotografias etc.) devem ser citadas no corpo do manuscrito (não no resumo), como em “Metade dos participantes eram do sexo feminino, e a idade média foi 42 anos (Tabela 1)”, ou “As características na amostra estão descritas na Tabela 1”. Tanto tabelas quanto figuras devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, e ter títulos autoexplicativos. Quaisquer abreviaturas ou acrônimos utilizados em tabelas ou figuras devem ser expandidos nos respectivos rodapés.

As referências devem ser citadas no corpo do manuscrito utilizando numeração consecutiva; por exemplo, “A atenção primária à saúde é fundamental para que os sistemas de saúde cumpram sua missão. ¹ De acordo com Sarsfield, ² a atenção primária é definida pela concomitância de quatro atributos fundamentais...”. Citações dentro de tabelas ou figuras devem seguir a ordem do texto anterior à ilustração.

O manuscrito principal deve omitir o nome e a afiliação institucional dos autores; essas informações serão preenchidas no formulário de submissão. Além disso, ao preparar o manuscrito principal os autores devem substituir por “XXXXXXXXXX” (sem aspas) quaisquer nomes próprios que possam identificar os autores ou suas afiliações institucionais, como a organização à qual pertence o comitê de ética ou o município onde foram coletados os dados. Após a aprovação, os autores serão lembrados de substituir os “XXXXXXXXXX” antes da editoração.

Desde janeiro de 2020, a RBMFC não aceita material suplementar. Instrumentos de pesquisa (por exemplo, questionários), bancos de dados e outros materiais suplementares deverão ser depositados em repositórios como Zenodo, OSF ou Figshare, e citados no manuscrito conforme descrito na política de Dados Abertos e Reprodutibilidade.

ANEXO 2- Questionário

PESQUISA: Avaliação de médicos e enfermeiros sobre suporte básico de vida na atenção Básica de saúde de um município do Oeste do Paraná.

Código do Questionário: _____

Data da Entrevista: ____ / ____ / ____

Entrevistador: _____

Município: _____

UF: _____

Nome _____ do _____ entrevistado (Opcional): _____

Telefone(opcional): (__) _____

Este roteiro faz parte de uma pesquisa sobre” **Avaliação de médicos e enfermeiros sobre suporte básico de vida na atenção Básica de saúde de um município do Oeste do Paraná**”. Sua participação é muito importante para que possamos saber como está funcionando a rede de atenção às Emergências em seu município e estado. Suas respostas serão mantidas em sigilo. Ao final do roteiro encontra-se o Termo de Consentimento e Livre Esclarecido que informa sobre os objetivos da pesquisa.

PARTE 1 - PERFIL E INSERÇÃO DO PROFISSIONAL

1.1. Sexo: 1. Feminino. 2. Masculino.

1.2. Faixa etária:

1. De 20 a 30 anos. 2. De 31 a 40 anos. 3. De 41 a 50 anos. 4. De 51 a 60 anos. 5. Mais de 60 anos.

1.3. Possui curso de graduação?

1.Medicina

2.Enfermagem

1.4. Indique qual a Faculdade que concluiu:

1. Pública. Especifique (nome e UF): _____ ano: _____

2. Privada. Especifique (nome e UF): _____ ano: _____

1.5. Curso de Pós-Graduação: Admite mais de uma resposta; considerar somente cursos concluídos.

1. Especialização.

Especifique: _____

2. Mestrado.

3. Doutorado.

1.6. Indique há quanto tempo que trabalha em unidades básicas de saúde

1. Até 6 meses. 2. De 7 meses a 12 meses. 3. De 13 meses a 24 meses. 4. Mais de 24 meses.

1.7. Indique o seu vínculo empregatício:

1. Estatutário. 2. Celetista. 3. Contrato por regime especial temporário. 4. Recibo de pagamento autônomo (RPA). 4. Bolsa. 5. Outro.

Especifique: _____

1.8. Indique sua carga horária semanal contratual:

1. 12 h 2. 20 h 3. 24 h 4. 40 h

Outra: _____

A seguir se encontra um questionário com 10 questões de múltipla escolha que avalia seu conhecimento sobre suporte básico de vida cada questão possui 5 alternativas sendo somente uma alternativa correta. As questões tem como base os protocolos do SAMU e AHA (american heart association)

1) Em relação ao suporte básico de vida (SBV), é INCORRETO afirmar:

A) O SBV deve ocorrer precocemente, após a PCR, pois a cada minuto de retardo diminui em 10% a possibilidade de recuperação.(A cada minuto transcorrido do início do evento arritmico súbito sem desfibrilação, as chances de sobrevivência diminuem em 7 a 10% <http://dx.doi.org/10.5935/abc.2013S006>)

B) O SBV visa a manter um mínimo de oferta de oxigênio tecidual até que seja iniciado o suporte avançado de vida (SAV), que deve ocorrer idealmente dentro de até 15 minutos após o início do SBV.(O SAV deve ocorrer dentro de 15 minutos após o início do SBV AHA desde da publicação de 2010)

C) As massagens cardíacas devem ser realizadas na frequência de 100 a 120 por minuto, e as ventilações na frequência de 6 – 8 por minuto.(Protocolos de Suporte Básico de Vida - Ministério da Saúde. Entretanto a literatura releva ventilação a cada 6 ou 8 segundos.)

D) Quanto mais cedo for realizada a desfibrilação, através de desfibrilador externo automático, maior será a possibilidade de recuperação da vítima. (A desfibrilação elétrica é a terapia mais simples e mais importante para o tratamento destes pacientes Protocolos de Suporte Básico de Vida - Ministério da Saúde)

E) O treinamento para a intubação orotraqueal é fundamental para um ótimo SBV

.(O treinamento para a intubação orotraqueal está inserida no contexto do SAV)

2) No caso de resgate de um paciente adulto, no caso de parada cardiorrespiratória, deve ser feita com

A) checagem de respiração e pulso, perfazendo 20 compressões (compressão-ventilação de 30:2 segundo AHA 2019)

b) Na condição de exaustão da equipe as ventilações devem continuar mesmo que de forma desregulada. (Na condição de exaustão da equipe: realizar contato com a Central de Regulação Médica antes de tomar a decisão de interromper a RCP, motivos e receber orientações e ou definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino. SAMU)

c) uma ventilação e 05 compressões torácicas, a um ritmo de 100-120 compressões por minuto. (compressão-ventilação de 30:2 a um ritmo de 100-120 compressões por minuto AHA 2019)

d) duas ventilações e 10 compressões torácicas, a um ritmo de 100-120 compressões por minuto. (compressão-ventilação de 30:2 a um ritmo de 100-120 compressões por minuto AHA 2019)

e) duas ventilações e 30 compressões torácicas, a um ritmo de 100-120 compressões por minuto.

3) Um dos pulsos mais indicado para ser palpado no reconhecimento da parada cardiopulmonar no adulto é o

a) poplíteo.

b) carotídeo. (é o mais indicado como também é o mais utilizado segundo AHA 2019)

c) pedioso.

d) temporal.

e) ulnar.

4) Uma das condutas descritas para Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE) é

a) a sequência de procedimentos A-B-C (via aérea, respiração, compressões torácicas). (Uma das alterações feitas nas Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE recomenda o início das compressões torácicas antes das ventilações.)

b) a sequência de procedimentos C-A-B (compressões torácicas, via aérea, respiração).

c) a sequência de procedimentos não possui relevância (a sequencia existe para facilitar o atendimento

d) a relação de compressão-ventilação recomendada de 15 compressões para 2 ventilações, quando houver 1 socorrista e de 30 compressões para 2 ventilações quando houver 2 socorristas.((compressão-ventilação de 30:2 a um ritmo de 100-120 compressões por minuto com 1 ou 2 socorristas AHA 2019)

e) o procedimento realizado antes de iniciar a sequência de reanimação cardiopulmonar: é realizar uma avaliação neurológica (O procedimento a ser realizado é Avaliar a cena e chamar ajuda AHA 2019)

5) Após uma intervenção cirúrgica, dependendo da ocorrência de fisiológicas, os cuidados de enfermagem no pós-operatório podem tornar-se de alta complexidade. Sendo de especial acesso direto ou indireto ao exercício cirúrgico realizado. A Parada Cardiorrespiratória é uma complicação, caracterizada pela interrupção das funções ventilatórias (apneia) e pacientes (adinamia cardíaca). A ressuscitação cardiopulmonar (RCP), em adultos, se dá a partir de:

a) 15: 2 com um socorrista e 30: 2 com dois socorristas.

b) 30: 2 com um ou dois socorristas.

c) 5: 2 com um socorrista e 10: 2 com dois socorristas

d) 15: 2 com um ou dois socorristas.(compressão-ventilação de 30:2 a um ritmo de 100-120 compressões por minuto com 1 ou 2 socorristas AHA 2019)

e) 25:2 com um ou dois socorristas.

6) Ao atender um trabalhador adulto não responsivo, portador de asma brônquica, deitado no sofá, o profissional identifica uma posição cardiorrespiratória e coloca-o deitado no chão. ao proceder com manobras de reanimação cardiopulmonar, o técnico deve:

a) avaliando e iniciando 30 compressões torácicas alternadas com 2 ventilações.

b) realiza manobra de mandíbula para abertura de via aérea e prepara material de intubação.(intubação inicia se no SAV)

c) introduzir uma cânula orofaríngea, avalia com 5 compressões torácicas alternadas com 2 ventilações.

d) abre uma via aérea, aplica 2 ventilações e 15 compressões torácicas.

e) solicita o desfibrilador externo automático e inicia 15 compressões torácicas.(compressão-ventilação de 30:2 a um ritmo de 100-120 compressões por minuto com 1 ou 2 socorristas AHA 2019)

7) Em relação ao suporte básico de vida, assinala-se a opção mais correta.

a) Ao encontrar uma vítima não responsiva, o profissional de saúde deve, primeiro, acionar o serviço de emergência / urgência e, em seguida, atender a vítima.

b) O procedimento adequado é ouvir e sentir a respiração do ar e então realizar atendimento de ressuscitação cardiopulmonar.(Uma das alterações feitas nas Diretrizes

da AHA 2010 para RCP e ACE recomenda o início das compressões torácicas antes das ventilações.)

c) Os atendentes e colaboradores devem instruir leigos não treinados a realizar ressuscitação cardiopulmonar de adultos com parada cardiorrespiratória súbita.(Não havia orientação explícita sobre o assunto no AHA 2019. Entretanto AHA 2020 O atendente (do 192) deve orientar os socorristas leigos (pessoas que estão na cena para ajudar, mas não têm treinamento oficial) a exercerem apenas compressões torácicas contínuas (massagem cardíaca). Porém, aqueles que desejarem realizar ventilação (boca-a-boca) não devem ser proibidos de fazê-lo. Do mesmo modo, as pessoas devem ser incentivadas a realizar a massagem cardíaca mesmo que não haja disponibilidade de orientação por telefone.

d) Nenhum suporte básico de vida, os socorristas devem iniciar com ventiladores de resgate antes das compressões torácicas.(OVACE e em afogamentos o socorrista poderá iniciar com ventilações de resgate)

e) Todas incorretas.

8) As Diretrizes da AHA para RCP e ACE enfatizam, mais uma vez, a qualidade de uma RCP de alta qualidade, incluindo, EXCETO.

a) frequência de impressão mínima de 100 / minuto (em vez de "aproximadamente" 100 / minuto, como era antes).

b) menor diâmetro mínimo de 2 polegadas (5 cm), em adultos, e de, no mínimo, um diâmetro do diâmetro anteroposterior do tórax, em bebês e crianças (aproximadamente, 1,5polegada [4 cm] em bebês e 2 polegadas [5 cm] em crianças).

c) retorno total do tórax após cada compressão.

d) minimização das interrupções nas compressões torácicas.

e) deve ventilar excessivamente o paciente.

(As Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE enfatizam, mais uma vez, a necessidade de uma RCP de alta qualidade, incluindo: • Frequência de compressão mínima de 100/minuto (em vez de "aproximadamente" 100/minuto, como era antes). • Profundidade de compressão

mínima de 2 polegadas (5 cm), em adultos, e de, no mínimo, um terço do diâmetro anteroposterior do tórax, em bebês e crianças (aproximadamente, 1,5 polegada [4 cm] em bebês e 2 polegadas [5 cm] em crianças). Observe que a faixa de 1½ a 2 polegadas não é mais usada para adultos, e a profundidade absoluta especificada para crianças e bebês é maior do que nas versões anteriores das Diretrizes da AHA para RCP e ACE. • Retorno total do tórax após cada compressão • Minimização das interrupções nas compressões torácicas • Evitar excesso de ventilação)

9) Estudos indicam que a realização imediata de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) em uma vítima de parada cardiorrespiratória (PCR), ainda que for apenas com compressões torácicas no pré-hospitalar, contribui sensivelmente para o aumento das taxas de sobrevivência das vítimas de parada cardíaca. Analise as afirmações sobre o suporte básico de vida (SBV) e classifique cada uma delas como (V) verdadeira o (F) falsa.

() Em pacientes que estejam no último trimestre da gestação, substituir a Manobra de Heimlich por compressões torácicas.(Protocolos de Suporte Básico de Vida - Ministério da Saúde)

() Em uma situação de PCR, um mnemônico pode ser utilizado para descrever os passos do atendimento secundário em SBV o " SAMPLA". (Protocolos de Suporte Básico de Vida - Ministério da Saúde)

() Obstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE) consiste na obstrução de vias aéreas causada por aspiração de corpo estranho, geralmente localizado na laringe ou traqueia. (Protocolos de Suporte Básico de Vida - Ministério da Saúde)

Assinale a alternativa que apresente a sequência **correta**.

a) V; V; V

b) V; V; F

c) V; F; F

d) F; V; V

e) F; F; F

10) Um homem de 46 anos é transportado pelo serviço pré-hospitalar a uma Unidade da atenção básica , que não é um Centro de Trauma, após ser vítima de um tiroteio em uma festa. Apresenta rebaixamento de nível de consciência evidenciado por avaliação sob Escala de Coma de Glasgow = 9, respiração difícil com frequência respiratória de 36 rpm, sendo ventilado pelo serviço pré-hospitalar com dispositivo bolsa válvula máscara a 10 L/min, frequência cardíaca de 140 bpm, pressão arterial com valores de 80 x 40 mmHg; 7 ferimentos por arma de fogo, sendo 3 em hemitórax direito, 2 em hemitórax esquerdo, 1 em abdome e 1 em membro inferior direito, observa-se intenso sangramento em região de hemitórax esquerdo e em região abdominal. Em posse dessas informações, e devendo ser iniciado o atendimento, qual a ordem correta de atendimento a essa vítima?

a) C - Circulação , B - Ventilação, A - Vias Aéreas, D - Disfunção Neurológica, E - Exposição da Vítima.

b) B - Ventilação, C - Circulação e Controle da Hemorragia, A - Vias Aéreas, E - Exposição da Vítima, D – Disfunção Neurológica.

c) D - Disfunção Neurológica, A - Vias Aéreas, C - Circulação e Controle da Hemorragia, B - Ventilação, E - Exposição da Vítima.

d) C - Circulação e Controle da Hemorragia, A – Vias Aéreas, D - Disfunção Neurológica, B - Ventilação, E - Exposição da Vítima.

e) X - Controle da Hemorragia A - Vias Aéreas, B - Ventilação, C - Circulação , D - Disfunção Neurológica, E - Exposição da Vítima.(O famoso mnemônico do trauma "abcde" ganhou na 9ª edição do PHTLS 2018, no capítulo 6 ,e AHA 2019(como recomendação) mais uma letra. O "x' de hemorragia ou seja hemorragia externa grave.)

JOÃO PEDRO PONTES CAMARA FILHO POSSUI GRADUAÇÃO EM MEDICINA PELA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ (2002-2007). REALIZOU RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL NA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ / HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ, NO PERÍODO DE 2009 A 2011. REALIZOU RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA PLÁSTICA NO HOSPITAL DAHER LAGO SUL, EM BRASÍLIA, NO PERÍODO DE 2011 A 2014. É MEMBRO ASSOCIADO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA. ATUA COMO CIRURGIÃO PLÁSTICO EM CONSULTÓRIO PRIVADO DESDE 2014 E COMO MÉDICO INTERVENCIONISTA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU DESDE 2013. É PROFESSOR DO CURSO DE MEDICINA DA UFPR CAMPUS TOLEDO DESDE 2018. [HTTP://LATTES.CNPQ.BR/1581864524626781](http://lattes.cnpq.br/1581864524626781)

CARLOS EDUARDO DE BRITO GRADUAÇÃO EM ANDAMENTO EM MEDICINA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, UFPR, BRASIL. [HTTP://LATTES.CNPQ.BR/6120383399524896](http://lattes.cnpq.br/6120383399524896)